



Washington State
**Department of Social
& Health Services**

ແຜນຄວາມຮັບຜິດຊອບສ່ວນຕົວ (IRP) INDIVIDUAL RESPONSIBILITY PLAN (IRP)

JAS ID
CASE NUMBER
CLIENT ID

ຂ້າພະເຈົ້າເວົ້າໃຈແລ້ວວ່າ

- ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງຮ່ວມນີ້ກັບພະແນກເກັບເງິນລ້ຽງດັກໃນຂະນະທີ່ໄດ້ຮັບເງິນສິດຊ່ວຍເຫຼືອຂໍ້ວຄວາມຈາກໄຄງການ TANF/SFA ເວັນສັງຄະນຸມີເຫດຜົນທີ່ດີໃນການບໍ່ຮ່ວມມືນນຳ. ເພື່ອສໍາເລັດຜົນການເກັບເງິນລ້ຽງດັກອາດຊ່ວຍຂ້າພະເຈົ້າລົບລ້າງຄວາມຕ້ອງການໜັກເງິນສິດຊ່ວຍເຫຼືອ.
 - ຂ້າພະເຈົ້າມີສິດໄດ້ຮັບເງິນສິດຊ່ວຍເຫຼືອຂໍ້ວຄວາມຈາກໄຄງການ TANF/SFA ພຽງແຕ່ກໍານົດ 60 ເດືອນທີ່ນັ້ນໃນໝົດຊ່ວງຊີວິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າເວັນສັງຄະນຸກໍານົດ 60 ເດືອນທີ່ນັ້ນໃນໝົດຊ່ວງຊີວິດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.
 - ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ໃຊ້ເວລາ _____ ເດືອນແລ້ວ ໃນການຮັບເງິນສິດຊ່ວຍເຫຼືອ.
 - ຂ້າພະເຈົ້າຖືກຮຽກຮ້ອງໃຫ້ເຮັດວຽກ, ຊອກວຽກ, ຫລືໂຄມເຮັດວຽກເຕັມເວລາຢ່າງໝັ້ນຍອດອາທິດລະ 32 ຂົ່ວໂມງ.
 - ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ສະມາດປະຕິບັດກິດຈະກັນໄດ້ໜຶ່ງຕາມທົ່ວໄວ້, ຂ້າພະເຈົ້າຈະໃຫ້ຫາບຸກຄົນຕາມທີ່ມີລາຍເຊື່ອຢູ່ຢູ່ນັ້ນ.
 - ຂ້າພະເຈົ້າຈຳຕ້ອງປະຕິບັດກິດຈະກັນຕ່າງໆຕາມທີ່ປຸ່ມມີໃຫ້ຄົບຕາມກຳນົດເວລາແຕ່ລະອາທິດທີ່ກ່າວໄວ້ສະເພາະຂ້າງລຸ່ມນັ້ນຄື:

XF - ການປັ້ງປົວການຕິດຢາແສບຕິດ

จาก _____ เที่ยว _____, ข้าพะเจ้าติํกกลิ้งร่วมอาทิตย์ละ _____ ชั่วโมง ในช่วงปีนี้ปีว่างที่ทำร้ายจากปาล์มติดกับบ่อน้ำปีนป่ายที่มีอีสุกอุ่นนี้.

ผู้จัดงานสำนวนของข้าพ爵เจ้าและข้าพ爵เจ้าจากทิบทองแผน IRP มืออีกห่อ้มี_____.

ຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການ/ຫ້ອງການ: _____

ช่องปู: _____

ីខោរដ្ឋបានពីការណា: _____

ເລກໂທຮະສັບຂອງຜູ້ຕິດຕໍ່ຫາ: _____

ຂ້າພະເຈົ້າຕົກລົງຈະເວັ້າຮ່ວມຕາມຕາຕະລາງນັບພິບຕ່າງໆ, ແດ້ທຸກວຽກກັບເອກະສານຈະເປັນທີ່ມອບໝາຍຕາມຂໍຽນກັບອັງຫິນໃຫ້ສໍາເລັດ, ອອກເອົາເອກະສານຫຼຸກປ່າງໃຫ້ຕາມການຮຽນຮັບ, ແລະປະຕິບັດຕາມແຜກການປື້ນປົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຖ້າຫາກບໍ່ສາມາດຮັດໄດ້, ຂ້າພະເຈົ້າຈະຕິດຕໍ່ຫາບຸກຄົນຕາມເລກໄທຫຼຸດທີ່ງນັ້ນກ່ອນລົບໃນມິດວົກວັນ.

ຖ້າບໍ່ບອກຄອບອາດຖືກລົງຮະບຽບ.

ບ່ອນຝາກດັກແລະການອົນສົງໄປມາແມ່ນນຳຂຶ້ນມາສະເໜີແກ້ໄຂປ່າງພຽງຝຳແລ້ວ.

ຖ້າມិເຫດຜົນທີ່ດີທີ່ ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ປະຕິບັດຕາມແຜນການຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງຕິດຕໍ່ແລະຮັດວຽກຮ່ວມກັບຜູ້ຊ່ວຍຊານສະເພາະໃນໄຄງການຮັດວຽກກ່ອນ/ນັກບໍລິການສັງຄົມໃຫ້ໄວ້ເຖົາທີ່ຈະໄວໄດ້. ຕົວຢ່າງຂອງເຫດຜົນທີ່ດີບາງຢ່າງຢ່າງຮວມ:

- ຂ້າພະເຈົ້າພັດນັດນີ້ອ່າງຈາກຄວາມຮັບປ່ວຍ ຫລືຄວາມຫລືມແຫລວທີ່ບໍ່ຄາດຝັ້ນ ໃນການຝາກເດັກ ຫລື ພາຫະນະການອິນສິ່ງ;
 - ຂ້າພະເຈົ້ານີ້ເອີ້ນໄຂສຸກເສີນ (ຮ່າງກາຍ, ອິດໃຈ, ຫລື ອາຮີມ);
 - ຂ້າພະເຈົ້າເປັນຜູ້ປະສົບໃຝ່ຄວາມຮຸນແຮງໃນຄອບຄົວ;
 - ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ສາມາດອະກຳນັ້ນຝາກເດັກທີ່ຜົນສາມາດຈ່າຍໄດ້, ທີ່ແໜ່ງສິນໃນເຂດອອງຂ້າພະເຈົ້າສໍາລັບເດັກທີ່ອາຍຸຕຳກວ່າ 13 ປີ;
 - ຂ້າພະເຈົ້ານີ້ບັນຫາດ້ານກົດໝາຍຮົບດ່ວນ;
 - ຂ້າພະເຈົ້ານີ້ສະພາບພິການ ຫລືເວົ້ອນໄຂສະເພາະບາງຢ່າງ ແລະນີ້ເຮັດໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າຫ່າງເຫີນຈາກການປະຕິບັດໃຫ້ຖືກຕາມຮັດກັນຕ່າງໆຂອງໂຄງການ; ຫລື
 - ຂ້າພະເຈົ້າເປັນຜູ້ໃຫຍ່ທີ່ມີສະພາບພິການຊຳເຮື້ອທີ່ສາຫັດ;
 - ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການໃຫ້ຜູ້ບ້ານ ເຜືອເປົ້າດູດເດັກທີ່ຕ້ອງການຊ່ວຍພິເສດ ຫລືຜູ້ໃຫຍ່ໃນສະພາບພິການຕ່າງໆ;

- ข้าพะเจ้ਆຍເຖິງ 55 ປີ ຫລືແກ່ກວ່າ ແລະເພົ້າດູແລດັກ, ແລະຂ້າພະເຈົ້າຊໍາບໍ່ແມ່ນຝ່າຍຂອງເດັກ; ຫລື
- ຂ້າພະເຈົ້າກໍາລັງຂໍຕົງປະກັນສັງຄົມ (SSI)ໄດ້ຄວາມຊົດຊ່ວຍຂອງພະນັກງານຄໍານວຍຄວາມສະດວກຂອງກິນ DSHS.

ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ຕົກລົງເຫັນດີກັບແຜນການນີ້, ຂ້າພະເຈົ້ານີ້ສືດໃນການຮໍໃຫ້ມີການທຶນທວນເຮືອງ ແລະຫລືການຝັງເຮືອງ. ເພື່ອຂ່າການຝັງເຮືອງ, ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງຕິດຕໍ່ກັບຫ້ອງການບໍລິການຕ່າງໆເພື່ອຊຸມຊົນ. ຫ້ອງການປົກຄອງການຝັງເຮືອງຕ່າງໆ, ທີ່: Office of Administrative Hearings, DSHS, PO Box 42488, Olympia, WA 98504-2488, ພາບໃນ 90 ມື້ ຂອງນີ້ຜູ້ຈັດການສໍານວນຂອງພະເຈົ້າເຊັ່ນຂຶ້ນຢູ່ປຸ່ລຸ່ມນີ້. ຂ້າພະເຈົ້າກໍໄດ້ຮັບສໍາເນົາແຜນການຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງຂ້າພະເຈົ້າແລ້ວ.

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ກໍານັບສໍານວນ	ວັນທີ	ລາຍເຊັນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ	ວັນທີ
---------------------------	-------	----------------------	-------

